

Dane pacjenta:

Nazwisko:.....

Imię:.....

Nr PESEL:.....

Zakres danych:

Nr telefonu komórkowego:.....

Adres e-mail:.....

Adres zamieszkania

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Specjalistyczną Praktykę Lekarską – Karolina Gattner – Psychiatra ul.Górna Wilda 82, 61-564 Poznań, w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem/am również poinformowany(a) o tym, że dane zbierane są przez Specjalistyczną Praktykę Lekarską ul.Górna Wilda 82, 61-564 Poznań, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania i usunięcia.

..... czytelny podpis pacjenta

\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).